

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1910-1911 — N° 74

SUR UN CAS
d'Angiome Musculaire
DU PSOAS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Janvier 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice NAUDET

Né à Besançon (Doubs), le 14 Décembre 1886

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



LYON

IMPRIMERIE J. PRUDHOMME

32, Cours Gambetta, 32

1911

SUR UN CAS
d'Angiome Musculaire
DU PSOAS

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1910-1911 — N° 74

SUR UN CAS
d'Angiome Musculaire
DU PSOAS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Janvier 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice NAUDET

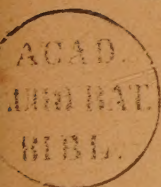
Né à Besançon (Doubs), le 14 Décembre 1886

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



LYON
IMPRIMERIE J. PRUDHOMME
32, Cours Gambetta, 32

1911



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER,
CAZENEUVE, LÉPINE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER. ROQUE. BARD. PONCET. JABOULAY. FABRE. ROLLET. NICOLAS. PIERRET. WEILL. POLLOSSON (A.). CLUZET. HUGOUNENQ. MOREL. BEAUVISAGE. GUIART. TESTUT. RENAUT. MORAT. COLLET. COURMONT (P.). PAVIOT. POLLOSSON (M.). ARLOING. LACASSAGNE. COURMONT (J.). PIC FLORENCE.
Cliniques chirurgicales.	
Clinique obstétricale et Accouchements.	
Clinique ophtalmologique.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies mentales	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies des femmes	
Physique médicale.	
Chimie médicale et pharmaceutique	
Chimie organique et Toxicologie.	
Matière médicale et Botanique.	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	
Anatomie	
Anatomie générale et Histologie	
Physiologie	
Pathologie interne.	
Pathologie et Thérapeutique générales.	
Anatomie pathologique.	
Médecine opératoire	
Médecine expérimentale et comparée.	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique	
Pharmacologie.	

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaires	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique.	BRETIN,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	J. LÉPINE.	NOGIER.	TAVERNIER.
REGAUD.	LESIEUR.	LATARGET.	CADE.
COMMANDEUR.	MARTIN (Etienne)	BRETIN.	MOURIQUAND.
GAYET.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
NEVEU-LEMAIRE	VORON.	THÉVENOT.	GUILLEMARD.
PATEL.			

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, Président ; M. POLLOSSON, Assesseur ;
MM. BÉRARD et LERICHE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur PONCET

Professeur de Clinique chirurgicale

Associé national de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous fait le grand honneur d'accepter
la présidence de notre thèse; nous lui exprimons
notre respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BÉRARD

Chirurgien des Hôpitaux

A qui nous devons l'idée de ce travail.
Nous lui exprimons notre gratitude pour
ses bons conseils et son accueil toujours
bienveillant.

A MES MAÎTRES CIVILS ET MILITAIRES

INTRODUCTION

En rapportant ici un cas d'angiome musculaire observé dans le service de M. le professeur agrégé Bérard, nous ne nous sommes pas proposé pour but de faire une étude anatomique et clinique complète de cette affection. Plusieurs travaux d'ensemble ont été publiés déjà sur ce sujet, et les observations de cette variété de tumeurs existent dans la littérature médicale en nombre suffisant pour qu'on ait pu en tirer des données générales et faire une monographie complète des angiomes musculaires.

Cette affection, bien qu'assez rare, n'est pas exceptionnelle; Rigaud (thèse de Paris, 1904) base ses observations sur 32 cas qu'il a pu réunir. Charpenay dans sa thèse de Lyon, 1908, en rapporte 13 cas nouveaux et il semble que le nombre actuel des cas décrits s'élève à une soixantaine.

Les angiomes musculaires sont décrits dans les traités de pathologie ou d'anatomie pathologique générale; ils ont conquis leur place dans le cadre nosologique.

Cependant les observations publiées jusqu'à ce jour se

rapportent toutes à des tumeurs des membres ou du dos, c'est-à-dire de situation peu profonde. Aussi avons-nous cru intéressant, en présence d'un cas d'angiome du muscle psoas, de vérifier, à propos de ce cas particulier, les données générales déjà acquises; de voir si son étude méthodique peut permettre d'éclaircir quelques points encore en suspens, et de discuter un diagnostic déjà délicat, rendu plus difficile encore par la situation particulièrement profonde de la tumeur en question.

Enfin, la technique utilisée par M. le professeur agrégé Bérard pour l'ablation de ce néoplasme, et les résultats obtenus nous paraissent fournir un argument en faveur de la voie antérieure pour l'extirpation des tumeurs rétro-péritonéales latéralisées et volumineuses. A ce point de vue encore, le cas méritait d'être signalé.

OBSERVATION

Publiée par MM. Bérard et Patel, dans le *Lyon Chirurgical*
du 1^{er} juillet 1910.

(Communication à la Société de Chirurgie de Lyon).

M. G..., âgé de 52 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle St-Louis, service de M. Bérard, le 2 décembre 1909, pour une tumeur du flanc gauche qui se serait développée depuis peu de temps. Le malade fait remonter à cinq ou six mois le début de son affection ; il se plaint à ce moment de sensations anormales de lassitude et de douleurs vagues siégeant dans l'abdomen ; il fut soigné alors pour une affection gastrique. Il y a trois semaines, le médecin traitant avait découvert dans son flanc gauche une tuméfaction qui aurait un peu augmenté depuis.

Cet homme se présente avec un état général satisfaisant. Il a cependant maigri. Ses digestions se font bien. Pas de troubles dans la circulation des matières ; selles régulières.

Pas de toux, pas de phénomènes cardiaques ; mictions normales. Seules existent des douleurs partant de la ré-

gion lombaire et s'irradiant vers l'épaule. La marche, les mouvements du tronc ne sont nullement gênés.

Personnellement, ce malade n'a pas d'antécédents pathologiques. Il raconte seulement que, *dans son jeune âge, il reçut un coup assez violent au niveau du siège de sa tumeur actuelle*. Il se produisit à ce moment, dit-il, une sorte de hernie qu'il réduisit lui-même (??) Il ne fut vu par aucun médecin ; ses souvenirs sont précis au sujet de l'accident, mais non au point de vue de ses conséquences.

A l'examen, on constate, dans la paroi supérieure de la fosse iliaque interne gauche, une tuméfaction arrondie, lisse du volume d'un gros poing ; elle est assez régulière, peu douloureuse ; la consistance est ferme ; elle est immobile sur les plans profonds ; elle ne dépasse pas ou peu le bord supérieur de la crête iliaque. Au devant sonorité abdominale normale. L'examen de l'intestin, du rein, de la colonne vertébrale et du squelette voisin ne démontre rien d'anormal.

Sur la *radiographie* on voit simplement une ombre très opaque, de contours arrondis, dont le bord supérieur s'élève de trois travers de doigts au-dessus de la crête iliaque et qui se confond avec le squelette.

Le diagnostic de tumeur rétro-péritonéale est posé sans qu'on puisse affirmer qu'elle en est la nature.

Opération. — (Le 4 décembre 1909, par MM. Bérard et Patel).

Sous anesthésie, l'exploration, facilitée par le relâchement de la paroi abdominale, confirme le siège probable rétro-péritonéal de la tumeur ; on décide de l'aborder en passant au-dessous du péritoine décollé.

Un coussin placé sous la région lombaire fait saillir

la tumeur. Une longue incision de dix-huit centimètres est menée à deux travers de doigts en avant de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, qui en occupe le milieu. Elle s'étend un peu obliquement et en dehors, depuis l'arcade crurale jusqu'à deux travers de doigt du bord inférieur de la onzième côte. On traverse ainsi tous les plans musculaires de l'abdomen. Arrivé sur le péritoine pariétal, celui-ci est décollé avec la plus grande facilité, récliné en dedans, et maintenu avec la main d'un aide; toute la fosse iliaque interne est sous les yeux. La tumeur est masquée par les fibres du psoas. En les écartant, on met à nu une sorte de coque grisâtre, dure, qui se clive facilement; seule, la partie postérieure tient à l'os qu'elle a érodé. Le doigt pénètre dans une petite cavité, irrégulière, creusée dans le bord épais de la crête iliaque.

Après l'ablation, l'hémorragie est insignifiante; on laisse revenir le péritoine qui se moule exactement sur cette grande cavité. Une incision de décharge est faite à la partie postérieure; un drain y est placé; fermeture complète de l'incision antérieure.

Les suites opératoires furent simples. Le drain postérieur put être retiré au bout de trois semaines. La convalescence, toutefois, fut accidentée par une poussée d'ictère très intense, avec une augmentation passagère du volume de la vésicule, que l'on percevait très abaissée, jusqu'au niveau de l'ombilic.

Examen de la pièce. — A la coupe de la tumeur, on constatait une coque fibreuse faisant corps çà et là avec des fibres musculaires infiltrées dans son épaisseur. Des cloisons de refend circonscrivaient des cavités occupées les unes par du sang récemment coagulé, les autres par

des caillots anciens en bouillie grisâtre. Et à côté de ces cavités se trouvaient des géodes plus petites remplies de sang ou vides.

Au microscope, M. Savy reconnut, dans la paroi, de multiples productions angiomeuses, avec des logettes tapissées d'endothélium et remplies de sang, comme l'angiome caverneux. L'infiltration diffuse du muscle par ces productions angiomeuses lui fit faire des réserves sur la possibilité d'une récurrence locale.

Par places même, on eut dit que le muscle strié infiltré avait proliféré pour son propre compte : l'aspect était celui de certains rhabdomyomes malins.

CHAPITRE PREMIER

Étiologie

Dans les conditions étiologiques, nous relèçons tout d'abord *l'âge* du sujet. Les angiomes musculaires, en effet, sont décrits comme une affection se rencontrant de préférence dans l'adolescence et l'âge adulte. Parmi les observations déjà rapportées, il existe un seul cas d'apparition tardive : c'est celui d'une femme ayant présenté à l'âge de 44 ans un angiome de la langue. Nous pouvons ajouter le cas dont nous rapportons l'observation, puisque le malade était âgé de 52 ans. Mais il faut faire cette réserve qu'on peut invoquer pour expliquer l'apparition tardive des symptômes le siège profond et une évolution lente de la tumeur, qui serait demeurée longtemps insoupçonnée.

Au point de vue du *sexe*, on ne saurait tirer aucune conclusion, les différents auteurs ayant attribué successivement à l'un ou l'autre sexe la prédominance des angiomes musculaires.

Une notion autrement importante est celle du *traumatisme*. L'influence des traumatismes, bien admise pour la production de certains angiomes superficiels, se retrouve aussi dans plusieurs observations d'angiomes profonds. Cornil et Ranvier ont signalé cette relation, et ils mentionnent ce fait remarquable que la tumeur peut n'apparaître que longtemps après le traumatisme.

Le cas du service de Tixier, publié par Corneloup, est particulièrement intéressant à ce sujet. La situation assez superficielle de la tumeur à la partie inférieure du vaste-interne permit de suivre la marche des phénomènes. La tumeur ne fit son apparition que trois ans après le traumatisme. Dans les années suivantes, elle subit un accroissement de volume lent et progressif et ce n'est que vingt ans après que le malade demanda l'intervention. Dans le cas particulier qui nous occupe, on signale également un traumatisme ayant porté dans la région où s'est développée la tumeur. Il semble donc rationnel d'admettre que son influence peut être mise en cause dans le cas de cette tumeur, qui ne s'est manifestée par des symptômes douloureux qu'après un intervalle de trente années.

Il est vrai que certains auteurs ont prétendu que ce mécanisme ne pouvait créer qu'un pseudo-angiome traumatique et non pas un angiome vrai. Ces pseudo-angiomes traumatiques ont été décrits par Guyon et leur pathogénie a été exposée en détail par Quénu. Leur existence ne saurait donc être mise en doute. Mais ils ont des caractères histologiques bien nets : on n'y trouve que des capillaires embryonnaires, friables, plongés dans un tissu enflammé.

En somme, pour concilier ces deux opinions, il faut admettre qu'à côté de ces cas de pseudo-angiomes, on doit faire une place aux angiomes vrais, démontrés nettement comme tels par un examen anatomo-pathologique approfondi et qui comptent, au moins comme cause favorisante, un traumatisme de la région où ils se développent parfois longtemps après.

CHAPITRE II

Pathogénie

Au point de vue de la pathogénie des angiomes musculaires, il existe également une grande divergence d'opinions.

Pour les uns, l'angiome vrai serait toujours congénital. Cette affirmation est nettement posée par Mauclaire et de Bovis ; Wardrop la soutient pour tous les angiomes sans exception ; Virchow ne l'applique qu'aux angiomes de la peau ; Riethus l'admet pour les angiomes musculaires en particulier.

Les angiomes acquis ne seraient donc que des pseudo-angiomes. Cette proposition, facile à vérifier lorsqu'il s'agit d'angiomes superficiels, reste dans le domaine de l'hypothèse à propos des angiomes profonds.

Dans ce dernier cas, en effet, la tumeur ne se manifeste que lorsque son volume est suffisamment développé pour que les symptômes en soient perçus. Comme l'angiome musculaire est, d'une façon presque absolue, un angiome caverneux, on admet, dans cette hypothèse, qu'une telle

forme se produit par transformation caverneuse d'un angiome musculaire simple, congénital, qui serait resté latent jusqu'au moment de cette transformation.

Le principal argument invoqué pour soutenir cette théorie est l'observation d'un certain nombre de formes de passage entre les deux variétés. L'angiome musculaire simple, bien que fort rare, a été observé par Bilbroth dans un muscle de la face. Muscatello et Bonnet en rapportent également plusieurs cas.

Ainsi l'angiome simple résulterait d'un processus actif, congénital, et aboutirait, par des transformations successives, à la formation d'un angiome caverneux. Il y aurait hyperplasie vasculaire d'abord, puis une ectasie secondaire.

Mais comment expliquer cette anomalie congénitale et la transformation secondaire qu'elle subit? Tout d'abord l'angiome simple serait une monstruosité, une déviation tératologique du type vasculaire normal. Elle s'expliquerait par l'hypothèse de Conheim sur l'origine des tumeurs, pour lesquelles tout point de départ serait une inclusion de tissu embryonnaire dans du tissu normal. A l'appui de cette théorie, on a cité des exemples de diverses malformations congénitales accompagnant des angiomes. Et comme cause de ces anomalies vasculaires on a donné les inflammations de l'œuf, les maladies de l'œuf, les traumatismes intra-utérins, les troubles circulatoires maternels. Pour les angiomes des membres, on s'est basé sur la fréquence de ces malformations au voisinage des articulations pour voir un rapport entre l'hypervascularisation locale et les productions angiomateuses. On s'est appuyé également sur les rapports observés parfois

entre la disposition des angiomes et celle des nerfs pour expliquer ces faits par une névrite embryonnaire. D'autres enfin ont voulu voir dans les angiomes les vestiges ataviques des « *reta mirabilia* » des ruminants.

Mauclaire et de Bovis font dépendre l'apparition de ces angiomes congénitaux de la réalisation « d'une triple influence : locale, irritative et circulatoire. Certaines régions sont, du fait de leur développement, un terrain tout propice; mais il faut encore des causes irritatives pour amoindrir la résistance des parois et de troubles circulatoires pour en triompher. » Aucune de ces hypothèses n'a pu être scientifiquement vérifiée.

L'hyperplasie vasculaire étant ainsi produite chez le nouveau né, comment expliquer l'ectasie secondaire qui transforme l'angiome simple en angiome caverneux ? La théorie la plus simple est celle qui admet un phénomène purement passif, uniquement dû à la tension sanguine. Cette distension passive serait favorisée par les traumatismes, les efforts et toutes les causes de congestion. Mais cette théorie n'est pas universellement admise. Pour Rindfleish, il y aurait une sorte de sclérose conjonctive englobant les vaisseaux et les déformant par rétraction (dégénération fibroïde des capillaires). Ce serait donc une ectasie active. Pour Rokitansky et Lushka, les espaces lacunaires naîtraient d'abord de toutes pièces au sein du tissu conjonctif, et le sang n'y pénétrerait que secondairement.

Tous les auteurs ne se rangent pas à cette théorie de l'angiome exclusivement congénital. Pour les angiomes musculaires en particulier, les objections sont nombreuses. Tout d'abord leur situation ne répond pas tou-

jours à cette triple influence locale invoquée par Mauclore et de Bovis. Contrairement aux angiomes cutanés, ils n'occupent pas avec prédilection les régions correspondant aux anciennes fentes branchiales ou les régions juxta-épiphysaires. On peut les trouver dans tous les muscles sans exception, mais surtout dans les muscles longs et actifs. Ainsi, grâce à certaines causes prédisposantes mal connues, il semble bien qu'une irritation comme un traumatisme puisse amener une suractivité fonctionnelle, dont le résultat serait la formation d'un angiome, en dehors de toute origine congénitale.

Enfin, pour l'École lyonnaise, les productions pathologiques désignées sous le nom d'angiomes, comprendraient deux groupes absolument tranchés et sans liens entre eux.

Dans le premier groupe on trouve de simples malformations des lésions congénitales. Ce sont les angiomes cutanés et sous-cutanés. Ces productions ne sauraient mériter le nom de tumeur et n'en ont aucunement l'évolution.

Le deuxième groupe, constitué par les angiomes caverneux, a une signification toute autre. Ce sont bien des tumeurs au sens anatomo-pathologique du mot. Mais il ne peut exister de tumeurs des vaisseaux, du moins des capillaires, puisqu'il n'y a que des tumeurs des tissus. Or les vaisseaux ne constituent pas un tissu spécial, mais font corps avec le tissu au sein duquel ils sont plongés et auxquels ils sont intimement liés pour les conditions de leur nutrition. « Le capillaire n'est qu'un accident contingent, dont l'existence est inconcevable en dehors des tissus épithéliaux ou non, et surtout en dehors du tissu

cellulaire avec lequel il forme la matrice de chaque organe. Il doit être considéré comme une perte de substance dont les bords se sont différenciés, et partant, ne peut pas être le siège de tumeurs. » (Bourguignon, thèse de Lyon, 1908).

Les angiomes sont donc des tumeurs de tissu variable, mais à prédominance vasculaire. Ce sont des tumeurs télangiectasiques.

Un des principaux arguments de cette théorie est l'observation d'un certain nombre de cas établissant un passage entre ces tumeurs non angiomateuses et les formes télangiectasiques qualifiées angiomes.

Un autre argument est tiré du développement du tissu érectile normal, conformément à la loi de Müller, modifiée par Tripier qui dit: « Tout tissu qui forme une tumeur a son type dans un tissu de l'organisme à l'état de développement complet. » On voit alors que: « l'analogie est complète entre le développement du tissu caverneux et le développement des angiomes et que ce développement peut être schématisé comme suit: Un noyau de tissu fibreux remanié par des éléments cellulaires et subissant ensuite la transformation télangiectosique. »

D'après cette théorie, les angiomes caverneux ne constituent donc pas une forme spéciale de tumeur. Ils ne forment qu'une variété des tumeurs du tissu fibreux, le plus souvent. Ce sont, suivant les cas, des fibromes télangiectasiques, bénins, ou des sarcomes télangiectasiques, malins.

Dès lors, la question de leur pathogénie se ramène à la question si obscure de la pathogénie des tumeurs en général. Nous n'entrerons pas dans l'exposé des multiples

théories proposées, signalons seulement que même s'il faut voir dans l'angiome caverneux une tumeur rentrant dans la vaste classe des néoplasmes, la notion du traumatisme garde toute sa valeur, puisqu'on tend à faire actuellement une grande place aux traumatismes parmi les causes favorisantes des néoplasmes en général.

Entre ces théories, l'examen des faits n'a pas encore permis jusqu'à ce jour de se prononcer de façon nette. Maclaure et de Bovis terminent ainsi leur chapitre sur la pathogénie des angiomes : « La pathogénie de l'angiome n'est donc pour le moment qu'un mélange d'hypothèses, de conceptions, d'inductions plus rationnelles peut-être que démontrées, cependant elles ont pour point de départ quelques faits bien observés qui semblent les justifier. »

Dans le cas présent, la situation particulièrement profonde de la tumeur a rendu impossible l'observation des premiers stades de l'évolution. On ne saurait en tirer aucun argument pour infirmer ou corroborer l'une ou l'autre de ces hypothèses.

Un seul fait reste à retenir, qui vient s'ajouter à plusieurs autres déjà observés, c'est la notion d'un traumatisme dans les antécédents.

CHAPITRE III

Anatomie Pathologique

Les caractères anatomo-pathologiques de la tumeur méritent d'être examinés avec attention, car ce sont eux qui permettront de faire un diagnostic ferme entre une hématome simple musculaire, un pseudo-angiome traumatique et un angiome caveux circonscrit.

A ce sujet, on trouve dans le traité des tumeurs de Virchow une description de l'angiome caveux qui est restée classique. Bourguignon dans sa thèse en a donné une analyse que nous reproduisons :

« L'angiome est une tumeur spongieuse (Blutschwamm). On a comparé son aspect intérieur à celui d'une éponge imbibée de sérosité sanguinolente ou même de sang.

« Lorsqu'on incise la tumeur, alors qu'elle est encore en connexion avec le tissu vivant, le sang jaillit en grande quantité de toutes ses parties, le plus souvent sous forme de courant continu, mais quelquefois aussi sous forme de jets saccadés. Après l'excision la tumeur s'affaisse, le sang s'écoule plus ou moins complètement et laisse apparaître un tissu à mailles blanchâtres qui se déplisse quand

on le plonge dans l'eau et présente un grand nombre d'ouvertures qui conduisent dans de nombreuses cavités communiquant les unes avec les autres. Un liquide injecté dans les cavités passe facilement dans les veines souvent dilatées et sinueuses. Les cavités, sur des pièces différentes ou sur les différentes parties d'une même pièce, sont de dimensions très variables.

« Sur le cadavre, on retrouve le plus souvent ces cavités encore complètement remplies de sang, soit liquide, soit coagulé.

« Ces tumeurs durcissent très facilement dans l'alcool, et l'on obtient ensuite des coupes qui rendent très manifeste leur composition. On acquiert ainsi la conviction qu'il s'agit bien de véritables espaces sanguins.

« Une fois le sang écoulé, il ne reste plus que le tissu des réseaux et les mailles qui circonscrivent les espaces. C'est en quelque sorte le tissu de la tumeur elle-même. Quant à la nature de ce tissu trabéculaire, on s'en est souvent rapporté aux données de Jean Müller, d'après lequel il s'y rencontrerait des corpuscules munis de prolongements. Mais à en juger par la figure qu'il en donne, il est très douteux que ce qu'il a vu soit réellement des corpuscules de tissu connectif. Sa figure correspond à l'aspect des cellules épithéliales plates, le plus souvent fusiformes avec un grand noyau, qui tapissent la surface interne des cavités et se détachent très facilement, surtout dès que la pièce subit la moindre putréfaction. Aussi ne trouve-t-on plus toujours l'épithélium en place. Mais Virchow se range à l'avis des nombreux observateurs, d'après lesquels les espaces creux sont, à l'état normal, tapissés par un endothélium délicat. Sur des coupes quel-

que peu épaisses, on peut, surtout après addition d'acide acétique faible, voir cette couche continue s'étendre à la surface des trabécules. Cet épithélium forme une couche simple.

« Au dessous de cet épithélium, la masse fondamentale des trabécules se compose d'un tissu connectif compact, tantôt réellement ondulé, tantôt seulement strié ou à fibres rigides, dont les éléments cellulaires sont rarement abondants et peu faciles à isoler. Le tissu connectif peut être absolument pur. D'autres fois, on rencontre des fibres élastiques assez abondantes qui peuvent former une couche particulière au-dessous du tissu connectif. Des fibres musculaires lisses peuvent s'y rencontrer, mais d'une façon inconstante. Elles forment en plein tissu connectif, autour des cavités, des couches concentriques simples ou multiples qui sont habituellement plus abondantes dans les trabécules plus fins que dans ceux qui sont plus épais. Elles paraissent manquer dans beaucoup de tumeurs, dans d'autres elles sont isolées, dans beaucoup elles constituent un des éléments importants du tissu. On rencontre, de plus, dans les gros trabécules des vaisseaux (*vasa vasorum*), le plus souvent des capillaires; on a pu voir également des nerfs.

« Outre ces éléments propres de la tumeur, on y rencontre parfois des traces plus ou moins considérables du tissu originaire dans lequel s'est faite la nouvelle production. Ainsi dans les tumeurs érectiles du foie, on trouve des restes de canaux biliaires et de cellules hépatiques; dans le tissu adipeux, des lobules de graisse ou des cellules adipeuses; dans les muscles, des faisceaux primitifs plus ou moins intacts.

« Les vaisseaux afférents et efférents ont été comparés aux vaisseaux du placenta. Les artères relativement petites, se continuent presque immédiatement avec de grands espaces qui remplacent ainsi l'appareil capillaire. Il en est de même dans la circulation placentaire où, comme on le sait, de petites artères en forme de tire-bouchon s'abouchent presque immédiatement dans les grands sinus caverneux du placenta. Mais ceci n'est pas toujours la règle. Pour Virchow, la différence de volume des vaisseaux afférents et efférents dépend en partie du développement qu'a pris la tumeur. »

Dans le cas particulier d'angiomes musculaires, il faut étudier les cavités vasculaires, leur contenu et leurs parois.

Ces cavités sont de forme et de dimensions variables, arrondies, ovalaires, en forme de fentes.

Le contenu est constitué soit par du sang liquide, avec ses différents éléments, qui peuvent d'ailleurs exister en proportion variable, soit par des caillots à des stades différents de leur évolution : caillots fibrineux ou phlébolithes. Ces diverses productions affectent avec la cavité des rapports variables. Elles peuvent être adhérentes par une face ou reliées à la paroi par des tractus cellulofibreux, ou encore complètement indépendantes et isolées au sein de la cavité.

Les parois sont tapissées d'un endothélium continu, reposant sur le stroma conjonctif ou fibreux de la tumeur. Ces parois sont formées d'un tissu conjonctif serré, dans lequel on peut trouver soit des îlots de tissu graisseux, soit des fibres musculaires présentant, à un degré plus ou moins avancé, un stade de dégénérescence.

Cette description, tirée des examens histologiques des cas d'angiomes musculaires précédemment observés, est absolument conforme à la description de la tumeur constatée dans le muscle psoas.

En ce qui concerne les rapports des angiomes musculaires avec le tissu ambiant, Charpenay, dans sa thèse, range ces tumeurs en trois catégories. Dans les deux formes extrêmes, on a l'angiome caverneux circonscrit et l'angiome caverneux diffus. Le premier est pourvu d'une gangue épaisse qui l'isole d'une façon complète du tissu environnant. L'inclusion de fibres musculaires y est très rare. Il semble que la tumeur, en se développant, les ait refoulées et comprimées. L'angiome caverneux diffus, au contraire, n'est pas séparé du tissu voisin par une coque conjonctive, il infiltre dans tous les sens le muscle au sein duquel il se développe.

Entre ces deux formes absolument opposées, Charpenay admet une variété intermédiaire. C'est l'angiome caverneux partiellement circonscrit ayant une tendance à la diffusion. Comme l'angiome circonscrit, il possède une coque de tissu conjonctif assez épaisse et formant un plan de clivage. Mais en outre, au-delà de cette barrière, les productions angiomeateuses infiltrent d'une façon diffuse le tissu musculaire avoisinant. Cette variété est considérée comme une forme de passage présentant le type d'un angiome diffus qui tend à devenir circonscrit. Il existe de cette forme deux cas signalés dans la thèse de Charpenay. Nous croyons pouvoir y ajouter le cas observé ici, en raison des caractères mixtes présentés par la tumeur.

Les lésions de voisinage peuvent s'étendre non seulement aux muscles, mais aux différents organes voisins.

Ce sont les nerfs qui sont le plus souvent touchés ; on peut avoir soit compression d'un tronc nerveux par la coque fibreuse de la tumeur, soit même une véritable inclusion d'un filet nerveux dans le tissu de nouvelle formation. Cette complication manque rarement, et c'est à elle qu'il faut attribuer les douleurs ressenties par les malades, qui constituent un des premiers symptômes de l'affection.

Les tendons ne sont envahis qu'exceptionnellement ; cependant il est rapporté un cas d'angiome musculaire s'étant étendu au tendon rotulien. Les os, comme c'est le cas dans notre observation, sont exposés à ces lésions de voisinage. Bien que le cas n'ait pas encore été cité à propos des angiomes musculaires, il est bien démontré que les os peuvent être envahis par un angiome profond propagé jusqu'à leur contact. Le plus souvent, l'angiome agit comme une tumeur ordinaire, en déterminant une ostéite raréfiante locale, qui produit soit une usure partielle, soit des ostéophytes, soit de l'éburnation. La production dans le cas présent, d'une petite cavité creusant le bord de la crête iliaque, peut donc se comprendre dans le cas d'un angiome musculaire arrivant au contact de l'os.

Enfin, nous signalons comme dernière particularité au point de vue anatomo-pathologique, la prolifération du tissu musculaire infiltré. Dans aucune des observations précédentes il n'est fait mention de modifications dans la structure du tissu cellulaire lui-même.

CHAPITRE IV

Symptomatologie

La symptomatologie des angiomes musculaires est des plus frustes, surtout au début, et les signes physiques par lesquels ils s'accusent sont d'autant plus difficiles à percevoir que leur situation est plus profonde. Ce n'est que lorsque la lésion aura atteint un certain volume que l'attention du malade sera attirée par des signes de compression, et que le chirurgien pourra faire le diagnostic de tumeur. Quant à connaître la nature exacte de cette tumeur, c'est là un diagnostic qui se base sur un petit nombre de signes peu accusés, parfois absents ; on conçoit donc que ce diagnostic soit toujours très délicat, parfois même absolument impossible.

Les symptômes se rangent en *sympômes fonctionnels* et en *signes physiques*.

Parmi les symptômes fonctionnels, un des plus importants est la *douleur*. Cependant ce signe n'est pas absolument constant et l'on a cité des cas d'angiomes musculaires ayant évolué, du moins pendant les premiers stades de leur développement, sans aucun phénomène doulou-

reux. C'est que l'angiome n'est pas douloureux par lui-même et lorsque la douleur apparaît, elle est produite par une complication : soit la compression nerveuse, soit la production de phlébolithes.

Telles sont, en effet, les deux grandes causes de la douleur dans les angiomes profonds.

La production de phlébolithes est presque la règle dans les angiomes qui évoluent depuis un certain temps. La douleur provoquée par ces corps étrangers présente un certain nombre de caractères particuliers. C'est surtout une douleur à la pression ; on a même donné comme signe certain de la présence des phlébolithes, l'apparition de cette douleur à la pression, alors que les contractions musculaires ne provoquent qu'une douleur vague. Cette douleur se produit en des points bien fixes, correspondant aux loges de l'angiome qui renferment des phlébolithes. Son intensité est variable avec l'intensité de la pression. Dans le cas de chocs brusques, on peut avoir une douleur très vive, rappelant la douleur due aux corps étrangers intra-articulaires.

Outre cette douleur provoquée, les phlébolithes peuvent à eux seuls déterminer l'apparition de douleurs spontanées ; il s'agit probablement dans ce cas d'une irritation produite par les chocs répétés du corps étranger. C'est un véritable processus phlébitique.

Un autre mécanisme de production des douleurs, est la compression nerveuse au voisinage de la tumeur, ou l'inclusion d'un filet nerveux dans le tissu angiomateux lui-même. C'est surtout à cette cause que l'on doit attribuer les douleurs spontanées ou celles qui apparaissent à l'occasion des mouvements actifs. La raison de ces symp-

tômes s'explique bien par la production d'une névrite de compression, ou par les tiraillements subis par les filets nerveux pendant les contractions musculaires. Les douleurs ainsi produites présentent des particularités bien nettes : elles s'irradient suivant la distribution du nerf comprimé, et ne sont pas localisées en un point précis de la tumeur comme la douleur due aux phlébolithes. Elles présentent en outre une certaine régularité dans leur évolution ; après un début ordinairement peu net, elles tendent à s'irradier de plus en plus dans le territoire du nerf lésé, et présentent une intensité croissante jusqu'à devenir parfois extrêmement vivés. En outre, elles peuvent s'accompagner d'un syndrome névritique avec fourmillements, engourdissement du membre et même troubles trophiques. Mais ces derniers symptômes sont assez variables suivant l'importance du nerf lésé.

L'époque de l'apparition des phénomènes douloureux par rapport aux autres symptômes varie aussi suivant les cas. La douleur peut apparaître avant les autres signes. Elle peut attirer l'attention du malade avant que la tumeur elle-même ne soit perceptible. C'est surtout dans le cas de tumeurs profondes que les symptômes suivent cet ordre d'apparition. Mais, même pour certaines lésions relativement superficielles, les phénomènes douloureux ont précédé parfois de plusieurs années l'apparition de toute tumeur.

Dans d'autres cas, c'est la tumeur qui est le premier symptôme. Une grosseur qui, jusque-là, n'avait aucunement gêné le malade, devient brusquement douloureuse. Le plus souvent aussi, une augmentation de volume accompagne l'apparition des phénomènes douloureux et mar-

que ainsi une phase nouvelle dans l'évolution de la tumeur.

Un autre symptôme fonctionnel fréquemment observé est l'*impotence fonctionnelle*. Celle-ci peut être produite par deux mécanismes différents.

Tout d'abord, il peut y avoir lésion directe du muscle dans lequel l'angiome se développe. L'impotence est due à l'atrophie d'une partie des fibres du muscle. Cette atrophie se produit dans le cas d'angiomes circonscrits, dont la coque fibreuse comprime les fibres musculaires à sa périphérie, mais elle est encore plus nette dans les cas d'angiomes diffus, dont le volume est ordinairement plus considérable, et qui peuvent entraîner une véritable méioprégie fonctionnelle du muscle au sein duquel ils se sont développés.

Le second mécanisme est la compression nerveuse. Cette condition peut être produite par l'inclusion du nerf dans la tumeur elle-même, ou par son refoulement contre un corps résistant comme un os. L'intensité des phénomènes, dans ce dernier cas, sera fonction, non plus du volume de la tumeur, mais de sa localisation topographique.

A ces deux mécanismes correspondent des symptômes un peu différents. Dans le premier cas, la gêne fonctionnelle est moins accusée; c'est plutôt une moindre résistance à la fatigue qu'une impotence proprement dite. Elle se manifeste principalement dans les cas d'angiomes des membres inférieurs, à l'occasion de la marche prolongée. Au contraire, l'impotence fonctionnelle due à la compression nerveuse s'accompagne d'un syndrome névritique avec douleurs et fourmillements. Elle est d'ailleurs plus complète, pouvant même présenter l'aspect

d'une paralysie vraie, avec déformations et rétractions. Cette impotence fonctionnelle est proportionnelle à l'intensité des lésions nerveuses et peut persister, même après l'ablation de la tumeur, si celle-ci a entraîné des lésions anatomiques du tissu nerveux.

Dans le cas dont nous nous sommes proposé l'étude, le tableau symptomatologique ne fut jamais bien bruyant. L'observation mentionne des phénomènes douloureux et ce fait se comprend bien d'après les conditions d'évolution et la situation topographique de la lésion. En effet, la longue évolution de la tumeur devait avoir permis la formation de phlébolithes, qui sont une première cause de douleurs. D'autre part, les nombreux rapports qu'affecte le muscle psoas avec les troncs nerveux du plexus lombaire devaient favoriser la compression nerveuse. Cependant, en raison de la situation haute de la tumeur, il n'y a pas eu de symptômes nerveux au niveau des branches inférieures du plexus; à aucun moment on n'a observé de douleurs s'irradiant vers le membre inférieur ou les organes génitaux. Il est noté seulement des douleurs partant de la région lombaire, c'est-à-dire du siège même de la lésion, et s'irradiant dans l'abdomen en suivant le trajet des rameaux les plus supérieurs du plexus lombaire.

L'impotence fonctionnelle semble avoir été nulle; il est mentionné qu'il n'existe aucun trouble de la marche et des mouvements du tronc. C'est qu'en effet les gros troncs moteurs du plexus lombaire sont restés indemnes, et l'inclusion nerveuse s'est bornée à quelques filets sensitifs.

L'impotence fonctionnelle par atrophie musculaire fut

aussi peu marquée. Car cette atrophie devait être peu sensible pour un muscle aussi volumineux que le *psos*. En outre dans la marche, le *psos* n'intervient que dans une faible mesure et dans les mouvements du tronc, le muscle opposé pouvait suppléer à l'insuffisance, bien faible certainement, du muscle lésé.

Les signes physiques sont fournis par l'existence de la tumeur avec ses divers caractères.

Tout d'abord il faut remarquer que l'on n'observe que très rarement sur la peau des altérations signalant au premier abord la présence d'un angiome profond.

On a bien donné comme signe de probabilité d'un angiome profond, les *nœvi* vasculaires observés sur différents points des téguments du sujet, mais ce signe est loin d'être constant. Quant aux *nœvi* vasculaires observés sur la peau au niveau de la tumeur, ils sont absolument exceptionnels, et dans ces cas, la nature primitive de l'angiome musculaire est discutable.

En effet, la tumeur est souvent cachée à une profondeur qui empêche tout rapport direct avec les téguments, mais en outre, la tumeur fût-elle superficielle, elle est entourée d'une coque fibreuse qui oppose une barrière à l'envahissement des parties voisines et en particulier des régions sous-cutanées et cutanées.

Ce sont donc les signes d'une tumeur profonde qu'il faut rechercher. Le volume des angiomes musculaires est variable. Le plus souvent, leur situation sur les membres fait remarquer leur présence, et l'intervention est pratiquée avant qu'ils aient pu atteindre un volume considérable. Cependant, dans un cas rapporté par Honsell, la tumeur atteignait le volume d'une tête d'enfant.

Mais c'est là un cas exceptionnel. Le plus souvent, les tumeurs extirpées sont du volume d'un grain de raisin à celui d'un œuf. Dans le cas dont nous rapportons l'observation, la tumeur, se développant dans la profondeur sans symptômes fonctionnels accusés, avait atteint le volume d'un gros poing. On a décrit peu de cas d'angiomes de cette dimension.

Les limites de la tumeur sont nettes dans le cas d'angiomes circonscrit. On a les caractères des tumeurs bénignes en général. Au contraire, dans le cas d'angiomes diffus, les contours sont mal perçus, la tumeur infiltre de façon irrégulière les régions environnantes ; c'est une tumeur maligne.

La forme de la tumeur est ordinairement régulière. Quelquefois elle est arrondie, plus souvent ovoïde, présentant son grand axe suivant la direction des fibres du muscle lésé. Le contour est régulièrement lisse lorsque la tumeur est pourvue d'une coque fibreuse homogène, mais si la gangue de l'angiome est mélangée de tissu adipeux, on aura une surface à gros grains comme dans un lipome.

La consistance varie suivant les cas. Avec l'angiome diffus, on aura une mollesse spéciale. Avec les angiomes circonscrits eux-mêmes, la sensation éprouvée à la palpation diffère. Si la tumeur est petite, bien encapsulée et pourvue d'une coque périphérique épaisse, on aura la sensation d'un corps dur. Si la tumeur est plus volumineuse, on pourra la sentir plus molle, élastique, parfois même pseudo-fluctuante, sans qu'il y ait jamais cependant de vraie fluctuation. Ces caractères varient suivant l'épaisseur de la coque fibreuse et la tension du liquide qui y est

contenu. D'autres fois, on aura la sensation de « grenu ». Elle est due soit à la constitution même de la tumeur composée d'alvéoles sanguines multiples, séparées les unes des autres par des bandes conjonctives, soit à la présence des phlébolithes qui peuvent y être contenus. On pourra même dans ce cas obtenir une crépitation analogue à celles des grains riziformes.

Lorsque la coque fibreuse périphérique est mélangée de pelotons adipeux, la surface perçue est moins lisse ; on reconnaît la présence d'une surface bosselée donnant la sensation d'un lipome. Ce n'est que par une palpation plus profonde qu'on pourra reconnaître, au-dessous de la zone périphérique, les caractères de consistance spéciaux aux angiomes circonscrits. Et même, dans certains cas, cette palpation plus profonde ne donne aucun renseignement.

On conçoit que ces détails de palpation ne peuvent être reconnus que lorsque la tumeur examinée est relativement superficielle. Dans le cas de tumeur profonde, on devra se contenter de signes plus grossiers ; on recherchera surtout les limites de la tumeur, les caractères de la coque périphérique et la consistance de l'ensemble.

On a donné comme signe caractéristique des tumeurs angiomateuses la réductibilité. Evidemment, lorsque cette propriété est nettement reconnue, c'est un bon signe pour le diagnostic ; mais il faut savoir que ce caractère est loin d'être constant. Les angiomes musculaires, en particulier, sont rarement réductibles et toujours incomplètement. Les angiomes diffus sont ceux qui présentent au plus haut degré ce caractère, mais on l'a observé parfois aussi à propos d'angiomes circonscrits. On a cherché à expliquer

ces faits en disant que la réductibilité se produit dans les cas de prédominance du courant veineux, alors que dans les tumeurs, où prédomine le courant artériel, la réductibilité n'existe pas.

Cette irréductibilité peut s'expliquer aussi par la constitution anatomique de la tumeur. Les cavernes communiquant entre elles empêchent le sang de refluer dans une direction unique, et l'on croit avoir affaire à une cavité close.

Les autres signes permettant de mettre en évidence les rapports de la tumeur avec l'appareil circulatoire sont plus inconstants encore. C'est d'abord l'impulsion qui ne doit pas être confondue avec l'expansion brusque des anévrysmes. L'érectilité est plus rare encore. On a décrit encore quelques signes qui sont spéciaux aux angiomes des membres. Ce sont, notamment, la diminution ou la disparition presque entière de la tumeur pendant l'élévation du membre, et l'influence que peut avoir l'application d'une bande d'Esmarch à la racine du membre. Par ces procédés, on a vu, suivant les cas, la tumeur diminuer ou augmenter de volume, et c'est même là un des principaux arguments invoqués en faveur de la division des angiomes en angiomes artériels et angiomes veineux. Aucune de ces recherches ne pouvait être utilisée dans le cas présent.

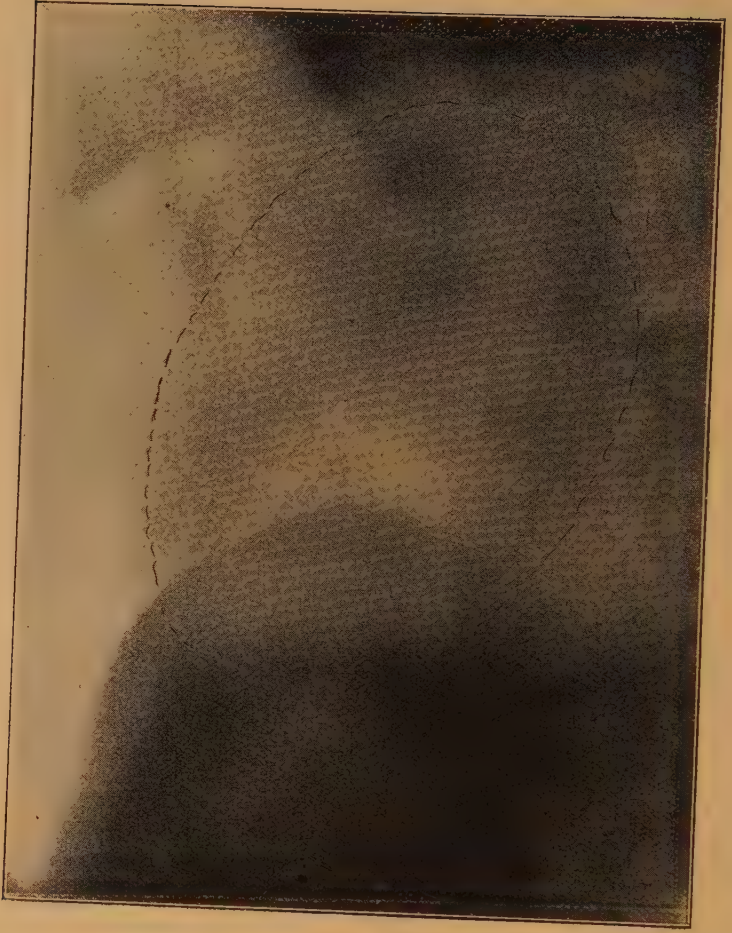
Si l'on recherche les rapports de la tumeur avec les régions avoisinantes, on voit ordinairement qu'elle est indépendante des plans superficiels, alors qu'elle adhère aux régions profondes. Cette solidarité de la tumeur et du muscle sera mieux mise en évidence encore dans les contractions musculaires. La tumeur devient dans ce cas ab-

solument immobilisable, et ce signe permet de localiser le siège de la tumeur. Outre cette immobilisation, la tumeur devient, pendant la contraction, plus saillante et plus dure.

Mais tous ces signes, s'ils fixent le siège de la tumeur, ne donnent aucun renseignement sur sa nature. On a conseillé alors la ponction exploratrice. Le liquide ainsi recueilli est examiné. Dans les cas d'angiomes, on trouve les éléments constitutifs du sang en proportions variables suivant les cas, mais sans modifications ni altérations dans leur aspect, et demeurés tels qu'ils sont dans le sang circulant. Au contraire, dans le cas des autres tumeurs, comme les lipomes, les fibromes, les sarcomes, dans le cas également de kyste hématique ou d'hématomes, les globules du sang présentent des altérations plus ou moins accentuées. Mais cette ponction exploratrice, si elle est indiquée dans le cas de tumeur superficielle, ne peut être pratiquée à propos d'une lésion profonde.

On a enfin utilisé les signes fournis par la radiographie. Dans le cas présent, cet examen a donné des renseignements assez précis sur la forme et le volume de la tumeur, mais sans permettre de rien conclure au sujet de sa nature. Cependant des observations antérieures d'angiomes musculaires signalent que la radiographie a donné des signes précis. Lorsque la tumeur renferme des phlébolithes d'un certain volume, leur ombre peut apparaître sur l'écran. C'est une notion à connaître, car on peut être exposé, dans ce cas, à porter le diagnostic de corps étrangers.

En résumé, les trois symptômes cardinaux des angiomes musculaires sont : la douleur, l'impotence fonction-



nelle, la tumeur. Mais il arrive souvent que ce syndrome ne soit pas complet. En outre, il n'est pas absolument caractéristique des angiomes, mais se retrouve dans presque toutes les tumeurs musculaires. Aussi peut-on prévoir que le diagnostic sera le plus souvent extrêmement délicat.

CHAPITRE V

Diagnostic

Avec les symptômes relevés, voyons s'il est possible de poser un diagnostic précis. Nombreuses sont les hypothèses qui se présentent à l'esprit dans le cas d'une tumeur de la fosse iliaque gauche.

Le premier diagnostic à faire, important au point de vue du traitement, est de distinguer les lésions d'organes intra-péritonéaux et celles d'organes rétro-péritonéaux.

Derrière la paroi abdominale antérieure, le premier organe qui se présente à la palpation est le côlon, dont la portion iliaque suit d'abord le bord externe du muscle psoas, pour le croiser ensuite perpendiculairement à sa direction.

L'absence de troubles fonctionnels du côté de l'appareil digestif, la sonorité normale de l'intestin, et la notion de l'immobilité de la tumeur sur les plans profonds, permettent d'éliminer l'idée d'une lésion de cet organe.

On élimine également une péritonite enkystée de la fosse iliaque, d'après l'histoire des antécédents du malade

et parce que ces péritonites enkystées, ordinairement consécutives à une poussée appendiculaire, s'observent surtout dans la fosse iliaque droite.

Restent les organes rétro-péritonéaux, assez nombreux en cette région. Ce sont d'abord les vaisseaux iliaques externes qui suivent le bord interne du psoas ; les ganglions lymphatiques du groupe iliaque externe ; les nerfs du plexus lombaire, dont les branches traversent le psoas sur les côtés de la colonne lombaire ; enfin les muscles psoas et iliaques formant la paroi postérieure de la région.

Chacun de ces organes peut donner une série de lésions que nous devons éliminer successivement, ou plutôt dont nous devons calculer les chances de probabilité.

Dans le cas de tumeur qui bat, ou dont on a pu mettre en évidence les relations avec l'appareil circulatoire, le diagnostic doit être fait avec un anévrysme artériel. Cette affection est différenciée de l'angiome grâce à l'absence d'expansion véritable et de souffle anévrysmal. Mais dans la tumeur observée, il n'y avait pas de pulsations perceptibles. Un tel diagnostic était donc à peu près impossible, surtout en raison de la profondeur de la lésion.

Parmi les organes rétro-péritonéaux, il faut encore envisager le rein. Bien que n'appartenant pas normalement à la région, le rein peut subir des déplacements assez considérables pour se rapprocher de la fosse iliaque ; on devra donc y songer.

Nombreuses sont les lésions rénales avec lesquelles le diagnostic doit être fait. Tout d'abord les néoplasmes rénaux, puis les autres lésions : kystes hydatiques, hydroné-

phrose, tuberculose. Avec les premières, le diagnostic sera le plus souvent facilement, tranché grâce à un examen soigneux de l'appareil urinaire. Mais il existe cependant une forme de tuberculose rénale fermée prématurément, dans laquelle les symptômes fonctionnels ordinaires : hématurie et pyurie, n'existent pas. Dans ce cas particulier, le diagnostic devient extrêmement délicat. On recherchera le ballottement rénal, ou bien on pratiquera la palpation bimanuelle; mais on conçoit combien il est difficile d'établir sur ces seuls signes un diagnostic rigoureux.

Parmi les organes rétro-péritonéaux, il faut comprendre encore la paroi postérieure de la région : soit les os, soit les parties molles qui les recouvrent.

Les os peuvent présenter des néoplasmes, principalement des sarcomes. C'est surtout au niveau du sacrum qu'on observe cette affection. Le diagnostic avec un ostéo sarcome se fera surtout d'après la marche des phénomènes, et l'intensité des symptômes fonctionnels.

Enfin il faut envisager les nombreuses affections qui peuvent se développer dans le muscle lui-même.

On peut songer d'abord à une lésion traumatique : rupture musculaire ou hématôme. Mais, dans le cas présent, le traumatisme était bien ancien. Il est difficile d'admettre qu'une lésion traumatique vraie ait pu demeurer latente pendant trente années,

On peut avoir également un sarcome musculaire, mais la marche de la lésion est ordinairement plus lente : de plus, la palpation révèle ordinairement l'existence d'une tumeur plus diffuse, envahissant les parties voisines

et non pas nettement circonscrite comme dans le cas d'un angiome caverneux.

Parmi les affections inflammatoires ou parasitaires, il faut songer d'abord au kyste hydatique des muscles.

Ainsi que le disait Denonvilliers « une tumeur musculaire régulière, à évolution plus ou moins lente, dure, est presque toujours un kyste hydatique. » Les prétendus signes caractéristiques, le frémissement hydatique, manquent le plus souvent. Le meilleur signe est sa dureté spéciale due à l'hypertension du liquide qu'il contient.

Il faut également envisager la possibilité d'autres lésions inflammatoires circonscrites : foyer enkysté de myosite chronique, abcès froid, gomme syphilitique, ou encore l'actynomycose musculaire, dans sa forme limitée du début. Le plus souvent, on trouve dans le cas de ces différentes affections, quelques renseignements soit dans les antécédents du malade, soit dans la coexistence de lésions de même nature. Parfois cependant, ces éléments de diagnostic faisant défaut, la question ne peut pas être résolue d'une façon définitive.

Enfin le diagnostic reste surtout hésitant avec les autres tumeurs bénignes musculaires. Ces productions, assez rares il est vrai, mais qui cependant ont été décrites, sont principalement les lipomes, les fibromes et les myomes. Les angiomes, avec leur consistance variable suivant les cas, peuvent donner à la palpation des sensations analogues à celles que donnerait l'une ou l'autre de ces tumeurs. Seule la ponction exploratrice pourrait trancher définitivement la question.

En résumé, nous voyons que les seuls symptômes relevés étaient l'existence dans la fosse iliaque gauche

d'une tumeur bien circonscrite, peu douloureuse et adhérente aux plans profonds. Ces différents signes ne permettaient de poser que le diagnostic vague de tumeur rétro-péritonéale sans préjuger de sa nature.

Les signes permettant d'affirmer les rapports de la tumeur avec l'appareil circulatoire n'existaient pas. Ces signes sont : 1° La réductibilité (ou les changements de volume par compression vasculaire ou changement d'attitude) ; 2° Les résultats de la ponction exploratrice (présence de globules normaux) ; 3° la pulsatilité.

On ne saurait poser le diagnostic d'angiome en l'absence de ces signes de certitude, qui, dans la circonstance présente, n'existaient pas et ne pouvaient même pas être recherchés.

CHAPITRE VI

Traitement

Les méthodes de traitement qui ont été appliquées aux angiomes sont extrêmement nombreuses. Mauclore et de Bovis les rangent dans trois catégories. Ce sont :

1°) Les méthodes atrophiantes comprenant des procédés directs (compression, réfrigération; emploi des astringents), et des procédés indirects (ligature des troncs nourriciers de la tumeur).

2°) Des méthodes perturbatrices : injections au sein de la tumeur de substances coagulantes, électrolyse, ignipuncture.

3°) Des méthodes destructives : ligature en masse du pédicule de la tumeur, ablation à l'anse galvanique. Et enfin l'angiectomie partielle ou totale.

L'angiectomie totale est évidemment le procédé de choix pour les angiomes caverneux profonds, et les autres moyens ne pourront être discutés que lorsque, pour une raison ou pour une autre, l'angiectomie ne pourra pas être réalisée.

Mais ici la question ne se posait même pas, le diagnostic d'angiome n'étant pas fait. On se trouvait en présence

d'une tumeur rétro-péritonéale provoquant des phénomènes douloureux et l'intervention sanglante répondait au double but d'exploration et de traitement.

Pour cette intervention, deux voies d'accès étaient possibles :

1^o) La voie postérieure ou voie lombaire, employée ordinairement pour les interventions sur le rein et les organes rétro-péritonéaux. Les avantages de cette méthode sont de permettre un drainage plus facile dans le décubitus horizontal, et de diminuer ainsi les chances d'infection péritonéale, lorsqu'on se trouve en présence d'une lésion suppurée. Mais ces avantages sont compensés par des inconvénients : Lorsque après avoir traversé la paroi postérieure on arrive à la lésion, on doit opérer à bout de doigts et les dimensions forcément restreintes de l'incision ne donnent qu'un jour insuffisant. Cette voie d'accès répond donc mal au but d'exploration imposé par le diagnostic imprécis.

2^o) La voie antérieure par la méthode transpéritonéale ou para-péritonéale évitait ces inconvénients. Elle donnait un large jour, rendait possible une exploration complète de la région et permettait d'entrer dans la cavité péritonéale, au cas où le diagnostic de tumeur rétro-péritonéale n'eût pas été confirmé. Le principal inconvénient qu'on lui reproche, l'insuffisance du drainage, pouvait être évité en pratiquant une contre-ouverture lombaire remplissant cette indication.

On adopta donc la méthode para-péritonéale qui combine les avantages des deux voies antérieure et postérieure, et sur les qualités de laquelle le Professeur Poncet a si justement insisté.

La position à donner au malade est capitale :

« Le coussin rond, volumineux, placé sous la colonne lombaire, fait saillir la région opératoire et facilite toutes les manœuvres ultérieures. »

L'incision faite à mi-chemin de l'ombilic et de l'épine iliaque antéro-supérieure ne *contrarie pas le décollement toujours facile*. On a pu, en effet, aller jusqu'au devant de l'articulation sacro-iliaque et explorer la face latérale de la dernière vertèbre lombaire et du sacrum. Toute la fosse iliaque interne était sous les yeux. L'énécluation de la tumeur, qui siégeait dans le sinus sacro-iliaque gauche, fut des plus simples et on aurait pu lier aisément des vaisseaux s'il s'en fut présenté. Au cours de ces manœuvres, l'uretère ne fut pas aperçu. Il est probable qu'il était entraîné, comme c'est la règle, par le feuillet péritonéal postérieur.

La cavité ainsi découverte était immense, plus grande peut-être que celle qui résulterait de l'ablation de reins volumineux ; mais grâce à l'extensibilité de la cavité péritonéale et de son contenu, dès que l'on ne maintient plus, récliné en dedans, le cul de sac péritonéal, il vient la combler entièrement. Le drainage, au point déclive, par un simple drain lombaire, permit de fermer complètement l'incision opératoire et de reconstituer une paroi abdominale solide.

Les suites opératoires furent simples. Actuellement, un an après l'opération, le malade n'a eu aucune récurrence ; il a présenté seulement il y a quelque temps une poussée d'ictère, comme d'ailleurs il en avait présenté une trois semaines après l'opération.

CONCLUSIONS

I. — La présence d'un angiome dans le muscle psoas ne saurait nous surprendre : c'est un muscle à structure délicate, à fonctions actives, à fibres musculaires de grandes dimensions, analogue à tous ces points de vue aux muscles deltoïde, biceps brachial et quadriceps fémoral, qui sont les sièges de prédilection des angiomes musculaires.

II. — La notion, dans les antécédents du sujet, d'un traumatisme de la région où se développera plus tard la tumeur, doit être retenue. Il faut noter aussi le long intervalle (30 années) écoulé entre l'apparition de la tumeur et le traumatisme prédisposant.

III. — Les caractères anatomo-pathologiques de la tumeur la font classer dans une variété intermédiaire entre les angiomes circonscrits et les angiomes diffus. Les signes de prolifération du tissu musculaire ambiant imposent un pronostic réservé.

IV. — Etant donnée la situation de la tumeur, les symptômes relevés ne peuvent donner que des signes de probabilité d'un angiome. Aucun signe de certitude ne peut être trouvé et l'on ne peut pas être autorisé à poser un diagnostic précis.

V. — Le traitement commandé par l'incertitude du diagnostic est l'ablation large. Il faut préférer, dans ces cas, la voie para-péritonéale antéro-latérale qui permet une exploration plus complète et une intervention plus aisée.

Le Président de la Thèse,

VU :

ANTONIN PONCET.

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 12 décembre 1910,

Le Recteur Président du Conseil de l'Université,

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

A

- ALESSANDRI. — Un caso di angioma cavernoso del muscolo trapezio. — Policlinic, Roma, 1904.
- AUVRAY. — Angiome musculaire du vaste interne du quadriceps dont l'évolution a simulé une arthrite du genou (Tribune médicale, 1905).

B

- BAJARDI. — Contrib. allo studio degli angiomi muscolari primitivi. — Clinica moderna, Florence, 1900.
- BÉRARD et PATEL. — Communication à la Société de Chirurgie de Lyon (28 avril 1910). Lyon Chirurgical, tome IV, n° 1.
- BÉRIEL. — Traité d'anatomie pathologique.
- BEURNIER. — Arch. gén. méd., 1884, t. II.
- BILLROTH. — Pathologie chirurgicale.
- BLANC et PÉJU. — Angiome récidivant du muscle jumeau externe. Loire Médicale, 15 juin 1907.
- BONNET. — Th. Toulouse, 1894.
- BOURGUIGNON. — Th. Lyon, 1907-1908.
- BROCA. — Traité des tumeurs.

C

- CHARPENAY. — Th. Lyon, 1907-1908.
- CORNELOUP. — Sur un cas d'angiome caverneux du vaste interne. — Lyon Médical, 1904.

CORNIL et RANVIER. — Traité d'anatomie pathologique.

CRUVEILHIER. — Traité d'anatomie pathologique générale.

D

DEMARQUAY. — Angiome musculaire. — Union médicale, 1861.

DESPRÉS. — Th. d'agrégation, 1866.

DEUDON. — Les tumeurs primitives du masséter. Bordeaux, 1904.

E

EVES. — Cases of angioma of synovial membranes and of muscles.
Brit. méd. J. London, 1903.

G

GANGOLPHE et GABOURT. — Les angiomes profonds juxta articulaires
du genou. — Gaz. Hôp. 1907.

GERNE. — Th. Paris, 1900.

GUILLAUME. — Th. Paris, 1896-1897.

GUYON. — Bulletin de la Société anatomique, 1873.

H

HAHN. — La pathologie de l'hémangiome. — Budapesti orv. rysag.,
1903.

HARDON. — Les angiomes du quadriceps fémoral. — Arch., gén.
méd., 1905.

HOLMES COOTES. — London and méd. Gazette, 1852.

HONSELL. — Ueber ein Fall von Angiom des Muskels. Beit. z. Kl.
Chir. Tübingen, 1902, XXXII.

J

JUVANON. — Des angiomes périostiques et parostaux. — Th. Lyon,
1896-97.

K

KELLER. — Zur kasuistik und hist. der kavernen muskelangiome. — Deut. Zeit. für Chir., Leipsiz, 1903.

KIRMISSON. — Angiome calcifié du triceps crural gauche. — Rev. de Chir., 1905.

KIRMISSON. — Précis de chirurgie infantile.

L

LANNELONGUE. — Leçons de clinique chirurgicale, 1905.

LEBERT. — Traité d'anat. pathologique.

LE DENTU. — Cliniques chirurgicales, 1892.

LISTON. — Transact. of the Pathol. Society of London, 1864.

M

MAKAR. — Notes sur un cas d'angiome du carré pronateur. — Soc. Anat., 1904.

MARGARUCCI. — Sulangioma primit. dà musc. volunt. — Policlinic, Roma, 1902.

MAUCLAIRE et DE BOVIS. — Les angiomes.

MONOD. — Th. Paris, 1879.

MORGAN. — Remarks of vascular tumors. — Brit. and for méd., Review, 1864.

MUSCATELLO. — Archiv. f. pathol. Anat. u. Physiol. CXXXV, 2, 1894.

P

PANTALEONI. — Angiom. primit. dell masseter. — Bull. Soc. méd. di Bologna, 1904.

PORTA. — Dell angiectasia. — Milano, 1861.

PONCEL. — Lecture de trois observations de tumeurs musculaires opérées avec succès. — Marseille médical, 1^{er} juin 1908.

Q

QUÉNU. — In traité de chirurgie, Le Dentu et Delbet.

R

RECLUS et MAGITOT. — Sur deux cas d'angiomes primitifs des muscles striés. — Rev. de Chirurg., 1906.

RIETHUS. — Ueber primare umskelangione. Beit. z. Klin. Chirur. Tubingen 1897.

RIGAUD. — Th. Paris 1904.

ROBIN. — Bull. Soc. de Biologie 1863.

ROSCIANO. — Ang. musc. prim. del muscolose retto abdominale.
Clin. Chir. Milano 1904.

S

SUTTER. — Beit. zu der Frage von den primären muskelang. Deut.
zeit. f. Chir. LXXVI.

T

TÉDENAT et FUSTER. — Angiomes primitifs des muscles. Prov. médi-
cale 1907.

TERRILLON. — Progrès médical 1883, p. 983.

THORN. — Cavernous angioma of the voluntary muscle. Occidental
médic. Times San Francisco 1898.

TRÉLAT. — Congrès de l'avancement des sciences, Lille 1874, p. 855.

TRAPIER. — Traité d'anat. pathol.

V

VIANNAY. — Angiome musculaire du vaste interne de la cuisse Prov.
médicale 1902.

VINCENT. — Angiomes caverneux intra-musculaires. Mém. de la Soc.
méd. Lyon 1878, XVIII, p. 2.

W

WARNECK. — Centralblatt, f. Chirurg. 1896, 8, p. 183.

WIES, LAYRAL, VIANNAY. — Angiome thrombosé dans le décours
d'une dothiéntérie. Loire médicale, 15 mars et 16 mai
1908.

WIRCHOW. — Pathologie des tumeurs, T. IV.

Z

ZENDRO. — Beit. zur Entstellung der angioma. Kavernosen, Wienn.
méd. Woch. 1903.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	page 9
Observations.	11
Chapitre I. — Etiologie	15
— II. — Pathogénie	18
— III. — Anatomie pathologique.	24
— IV. — Symptomatologie	30
— V. — Diagnostic.	42
— VI. — Traitement	47
Conclusions.	50
Bibliographie	52
